ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

FAX

Vol . 22–21

Date de publication : 1er novembre 1996

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 6)*

		Pagination officielle :
ENQUÊTE SUR L'IMMUNISATION DE LA POPULATION ADULTE NON INSTITUTIONNALISÉE — QUÉBEC (au 30 mai 1996)	F-1	177–181
ENQUÊTE SUR L'IMMUNISATION DES ADULTES — OTTAWA, 1996	F-4	181–182
BOTULISME AU CANADA — RÉSUMÉ POUR 1995	F-4	182–183
SERVICE DE RÉFÉRENCE POUR LE BOTULISME AU CANADA	F-5	183–184

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

ENQUÊTE SUR L'IMMUNISATION DE LA POPULATION ADULTE NON INSTITUTIONNALISÉE — QUÉBEC (au 30 mai 1996)

La vaccination est considérée comme la mesure la plus efficace et la moins coûteuse pour prévenir certaines maladies infectieuses, de même que les complications et les décès qui en découlent. Depuis plusieurs années, les experts soulignent l'importance de vacciner les adultes aussi bien que les enfants : par exemple, vaccination de rappel contre la diphtérie et le tétanos aux 10 ans, vaccination annuelle contre la grippe chez les personnes âgées de ≥ 65 ans et chez les personnes présentant des facteurs de risque de complication de la grippe, vaccination contre le pneumocoque chez les personnes de ≥ 65 ans et chez les personnes présentant des facteurs de risque de complication et vaccination contre l'hépatite B des personnes faisant partie des groupes à risque[1,2]. Cependant, au Canada comme ailleurs dans le monde, l'accent a essentiellement été mis sur la gestion et l'évaluation des programmes d'immunisation des enfants. Peu d'études ont porté sur la vaccination des adultes en dehors des institutions et on ne sait pas jusqu'à quel point les recommandations visant la vaccination des adultes sont connues de la population et appliquées par les professionnels. On a toutefois de bonnes raisons de croire que la vaccination des adultes n'a pas autant de succès que celle des enfants[3,4,5]. Il apparaît important de documenter davantage la situation et d'améliorer nos connaissances afin de mieux cerner les activités de promotion et de programmation qui devraient être mises en place.

Pour faire suite à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), le Centre d'épidémiologie d'intervention du Québec (CEPIQ) a réalisé une enquête pour évaluer l'immunisation de la population québécoise non institutionnalisée âgée de ≥ 18 ans pour proposer des mesures destinées à améliorer la couverture vaccinale. L'enquête visait six objectifs spécifiques : 1) déterminer la couverture vaccinale des sujets contre la grippe, le pneumocoque, l'hépatite B, le tétanos et la diphtérie; 2) évaluer dans quelle mesure les individus connaissaient leur propre statut vaccinal; 3) explorer le rôle de certains déterminants de la vaccination antigrippale; 4) cerner les attitudes et perceptions concernant la vaccination; 5) déterminer les lieux et contextes de vaccination; 6) évaluer les occasions manquées de vaccination.

Méthode

Une étude descriptive transversale a été effectuée sous les auspices du CEPIQ entre le 20 mai et le 8 juin 1996. La population cible de l'étude était l'ensemble des personnes âgées de ≥ 18 ans, résidant au Québec et ne vivant pas en établissement. Un échantillon aléatoire systématique de 2 000 numéros de téléphone a été obtenu par tirage systématique simple à partir de listes de numéros de téléphone résidentiels de la province de Québec (à l'exclusion des numéros non inscrits et des numéros de téléphone cellulaire) fournies par le service Télédirect de Bell. Avant échantillonnage, les listes ont été triées par code postal et par ordre alphabétique afin d'assurer la représentativité de l'échantillon. Un questionnaire pré-testé a été administré au téléphone en français ou en anglais, selon le choix du répondant. Les appels téléphoniques ont été effectués entre 08 h 30 et 21 h 00 le 30 mai 1996. Les enquêteurs ont tenté de rejoindre les ménages sélectionnés jusqu'à un maximum de cinq fois couvrant différentes plages horaires, de façon à réduire le biais de non-réponse. Les données ont été saisies et analysées au moyen du logiciel Epi Info (version 6.03). Les résultats ont été pondérés selon l'âge et le sexe, à partir des projections de population pour 1996 basées sur le recensement de 1991. Aux fins de pondération, les groupes d'âge suivants ont été utilisés : 18 à 29 ans; 30 à 44 ans; 45 à 64 ans; et ≥ 65 ans. Un sujet considéré adéquatement vacciné contre la grippe devait avoir reçu une dose de vaccin au cours de la dernière année. Pour le tétanos et la diphtérie, une dose de vaccin au cours des 10 dernières années était requise, alors que l'administration d'une dose au cours de la vie était suffisante pour le pneumocoque. La vaccination contre l'hépatite B était considérée comme adéquate si trois doses avaient été reçues.

2007-02715/

Résultats

Sur les 2 000 numéros composés, 1 234 (61,7 %) questionnaires ont été remplis, 433 (21,7 %) foyers n'ont pu être rejoints, 225 (11,3 %) personnes ont refusé de répondre et 108 (5,4 %) n'étaient pas admissibles. L'échantillon de répondants était constitué de femmes à 69,2 %. Les personnes âgées de ≥ 65 ans étaient légèrement sur-représentées par rapport aux projections pour la population québécoise (18,4 % de l'échantillon contre 15,7 % prévu avant pondération) tandis que celles de 18 à 29 ans étaient sous-représentées (10,5 % contre 20,9 %).

Les données de couverture vaccinale sont présentées dans le Tableau 1. Les hommes étaient mieux vaccinés que les femmes contre le tétanos, et la couverture vaccinale diminuait avec l'âge pour les deux sexes. Jusqu'à 66,8 % (IC à 95 % : 63,9 69,7) des répondants étaient au courant de l'existence de vaccins recommandés pour les adultes. Parmi ces personnes, 57,3 % ont mentionné spontanément le vaccin contre la grippe, 13,3 %, le vaccin contre l'hépatite B, 11,5 %, le vaccin contre le tétanos, 1,3 %, le vaccin contre la diphtérie et 0,2 %, le vaccin contre le pneumocoque. De plus, 26,4 % ont fait mention des vaccins destinés aux voyageurs ou d'autres vaccins sans en préciser la nature.

Seuls 22,0 % (IC à 95 % : 19,5 24,5) des répondants disaient posséder un carnet ou un certificat de vaccination. Parmi ceux n'ayant pas de documents, 54,6 % ont indiqué savoir où trouver de l'information sur leur propre statut vaccinal : 52,2 % de ceux-ci ont mentionné les Centres locaux de services communautaires (CLSC), 30,0 %, les cabinets de médecin, 14 %, les hôpitaux, 9 %, leurs parents et 1 %, l'école.

Parmi les personnes de ≥ 65 ans ou ayant une maladie chronique, la raison principale de la vaccination contre la grippe, donnée parmi un choix de réponses, était la recommandation d'un médecin pour 36,2 % (IC à 95 % : 25,2 47,3), la croyance que le vaccin leur permettrait d'éviter la maladie pour 36,3 % (IC à 95 % : 25,0 47,6), l'habitude de recevoir le vaccin pour 16,5 % (IC à 95 % : 7,2 25,8) et la confiance dans le vaccin pour 11,0 % (IC à 95 % : 3,8 18,0). Le principal motif invoqué pour ne pas se faire vacciner contre la grippe était la croyance de ne pas avoir besoin du vaccin pour 44,1 % (IC à 95 % : 34,9 53,2), la crainte des réactions liées au vaccin pour 17,3 % (IC à 95 % : 10,4 24,0), la croyance que le vaccin ne prévient pas la grippe pour 14,5 % (IC à 95 % : 7,9 21,0) et le fait que le médecin ne l'avait pas proposé pour 7,8 % (IC à 95 % : 2,9 12,7).

Parmi les adultes vaccinés contre la grippe, 66,2 % (IC à 95 % : 55,0 77,4) ont reçu le vaccin en cabinet médical et 21,5 % (IC à 95 % : 11,8 31,3) dans un CLSC. Pour 75,1% (IC à 95 % : 65,1 85,1) des adultes, la vaccination contre la grippe a été reçue dans un contexte de visites médicales de routine.

L'existence du vaccin contre le pneumocoque n'était connue que de 11,6 % (IC à 95 % : 9,7 13,5) de la population et il est probable que cela représente une surestimation de la connaissance réelle dans la mesure où certaines questions posées par les répondants laissent penser que certains ont pu confondre le pneumocoque avec le méningocoque ou avec les maladies invasives à streptocoque.

Tableau 1
Couverture vaccinale selon les réponses (pondérée)

	Couverture vaccinale (%)	IC à 95 %
Grippe		
Population dans son ensemble	11,0	9,1 – 12,9
Personnes âgées de ≥ 65 ans	39,7	32,6 –46,8
Personnes de 18 à 64 ans présentant un facteur de risque	18,4	10,6– 26,1
Pneumocoque		
Population dans son ensemble	1,2	0,5 – 1,9
Personnes de ≥ 65 ans	1,8	0,0 – 3,8
Personnes de 18 à 64 ans présentant un facteur de risque	1,9	0,0 – 3,9
Tétanos		
Population dans son ensemble	32,5	29,7 – 35,5
Hommes		
≥ 18 ans	40,5	35,5 – 45,5
18 à 29 ans	57,1	46,6 – 67,7
30 à 44 ans	44,9	36,2 – 53,5
45 à 64 ans	36,1	27,0 – 45,2
≥ 65 ans	10,4	1,7 – 19,1
Femmes		
≥ 18 ans	25,1	22,1 – 28,1
18 à 29 ans	47,3	38,7 – 55,9
30 à 44 ans	23,7	18,9 – 28,6
45-64 ans	20,0	14,9 – 25,1
≥ 65 ans	11,2	6,6 – 15,8
Diphtérie	2,3	1,4 – 3,1
Hépatite B		
Au moins une dose	10,0	8,1 – 11,8
Au moins trois doses	4,1	2,9 – 5,3

Parmi un choix de réponses sur les circonstances de leur vaccination contre le tétanos, 71,7 % (IC à 95 % : 66,7 76,8) des personnes ont répondu que c'était à la suite d'une blessure, 13,9 % (IC à 95 % : 10,1 17,8), en raison de leur travail ou de leurs études, 7,4 % (IC à 95 % : 4,5 0,2), en prévision d'un voyage et 2,5 % (IC à 95 % : 0,9 4,1) lors d'une consultation de routine. Le vaccin contre le tétanos a été administré en milieu hospitalier dans 51,1 % des cas (IC à 95 % : 45,5 56,7), en cabinet privé pour 20,3 % des cas (IC à 95 % : 15,9 24,7), dans un CLSC pour 10,8 % (IC à 95 % : 7,3 14,2), à l'école pour 7,2 % (IC à 95 % : 4,4 10,0), dans une clinique santé voyage pour 3,8 % (IC à 95 % : 1,7 5,9) et au travail pour 1,8 % (IC à 95 % : 0,3 3,4).

Parmi les principaux motifs (choix de réponses) expliquant le fait de ne pas être vacciné contre le tétanos, 78,7 % (IC à 95 % : 75,7 81,8) des personnes non vaccinées ont indiqué qu'elles n'en avaient pas besoin, 9,0 % (IC à 95 % : 6,9 11,1), que leur médecin ne le leur avait pas proposé, 5,6 % (IC à 95 % : 3,9 7,3), qu'elles ne savaient pas que ce vaccin existait, 0,8 % (IC à 95 % : 0,2 1,3), qu'elles craignaient les réactions liées au vaccin et 0,1 %, qu'elles croyaient que le vaccin ne protège pas vraiment contre le tétanos.

Parmi un choix de réponses sur les circonstances de leur vaccination contre l'hépatite B, 67,9 % (IC à 95 % : 53,4 82,5) des personnes vaccinées ont répondu qu'elles avaient reçu le vaccin en raison de leur travail ou de leurs études, 1,4 % (IC à 95 % : 0 4,1), à la suite d'une blessure, et 13,1 % (IC à 95 % : 1,9 24,3) en prévision d'un voyage. Personne n'a mentionné avoir été vacciné en raison d'un contact avec une personne infectée. Le vaccin a été administré au travail dans 20,8 % (IC à 95 % : 8,7 33,0) des cas.

En ce qui concerne les occasions manquées de vaccination, 75 % des personnes adéquatement vaccinées contre la grippe au cours de l'année n'étaient pas à jour dans leur vaccination contre le tétanos. Par ailleurs, 90 % des personnes de ≥ 65 ans vaccinées contre la grippe ont vu un médecin au cours de la dernière année.

Discussion

Bien qu'il soit possible que la proportion de personnes opposées à la vaccination soit plus forte parmi les non-répondents, la faible proportion de non-vaccination attribuée aux effects secondaires des vaccins ou à un manque de confiance en ces derniers indique que, dans l'ensemble, il y a peu d'attitude négative vis-à-vis des vaccins. Cependant, malgré les recommandations du Comité sur l'immunisation du Québec, on constate une sous-vaccination générale ainsi qu'un niveau de connaissance des vaccins faible et variable selon les vaccins ainsi qu'une faible perception des besoins. Les données de couverture vaccinale sont cohérentes aux données obtenues en 1994 pour l'ensemble du Canada lors d'une étude par sondage[3]. En ce qui concerne la grippe, sur la base de données publiées obtenues au travers de l'enquête social générale en 1993, la couverture vaccinale des personnes de ≥ 65 ans est passée de 36,9 % pour la saison 1990-1991 à 39,7 % en 1995-1996[4]. Cette augmentation est minime et l'objectif du MSSS de vacciner 60 % des personnes âgées de ≥ 65 et des personnes présentant des facteurs de risque est encore loin d'être atteint.

Il est intéressant de constater que 94 % des personnes immunisées contre le tétanos ont affirmé ne pas avoir reçu le vaccin contre la diphtérie, alors qu'un vaccin combiné diphtérie-tétanos est administré dans la grande majorité des cas depuis les dernières années, si on se base sur le nombre de doses distribuées de vaccin antitétanique seul ou associé au vaccin contre la diphtérie. Il est possible que les patients ne soient pas informés du fait qu'ils reçoivent le vaccin contre la diphtérie en même temps que le vaccin contre le tétanos. Il se peut aussi que les médecins eux-mêmes ne prescrivent que le vaccin contre le tétanos dans le cadre de blessures alors que les patients reçoivent, dans les faits, le vaccin combiné. Il se peut également que, dans une certaine mesure, les personnes vaccinées dans un contexte de blessure aient focalisé leur mémoire sur le tétanos et ne se souviennent plus de l'autre composante du vaccin. La couverture vaccinale contre la diphtérie est probablement largement sous-estimée dans cette étude. Ces résultats démontrent l'importance d'améliorer la qualité de l'information transmise au patient relativement aux vaccins qui lui sont administrés.

Les réponses données quant aux raisons et aux circonstances de la vaccination ont montré que les médecins ont un rôle majeur à jouer dans la vaccination des adultes. L'étude a également mis en évidence plusieurs occasions manquées de vaccination qui mériteraient plus d'attention. Même si les personnes de ≥ 65 ans ayant consulté un médecin au cours de l'année ne l'ont pas toutes fait au moment de la saison de vaccination contre la grippe, il n'en reste pas moins que chaque consultation, à l'exception des rares situations d'extrême urgence, pourrait être une occasion de recommander aux patients les vaccins appropriés, selon leur âge et leur état de santé. Cela ne doit pas faire oublier le rôle des gouvernements provincial et fédéral dans la promotion de la vaccination.

Il est fondamental de promouvoir la vaccination à la fois chez les dispensateurs de soins et parmi les populations cibles, et d'assurer l'adéquation entre les besoins de santé de la population et les programmes (par exemple, dans le cas du pneumocoque). Il apparaît important de mettre au point des stratégies qui permettraient aux adultes de connaître leur statut vaccinal et le moment de leur prochain vaccin. Ces stratégies pourraient inclure la publicité et la distribution de dépliants dans les cabinets de médecins, le recours à des documents individuels d'attestation de la vaccination, l'implantation d'un système de rappel au téléphone ou par la poste et une approche consistant à profiter des consultations médicales de vaccination des enfants pour informer le parent sur la nécessité d'être lui-même bien vacciné.

Remerciements

La réalisation de cette étude a été possible grâce aux contributions des organismes suivants, que nous remercions sincèrement : le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, le Réseau de santé publique du Québec, Division de l'immunisation et le Programme de formation en épidémiologie d'intervention du Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, les *U.S. Centers for Disease Control and Prevention* d'Atlanta, la Fondation Marcel Mérieux (France), le Réseau national de santé publique de France, l'École nationale de santé publique de France, Bayer, Glaxo Wellcome, l'Institut de développement en épidémiologie appliquée, les Laboratoires Connaught Limitée, les Laboratoires Merck Frosst, Rhône Poulenc Rorer, Smith-Kline Beecham-Pharma et l'Université de Montréal.

Références

1. Comité sur l'immunization du Québec. *Protocole d'immunisation du Québec*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernment du Québec, 1995.
2. Comité consultatif national de l'immunisation. *Guide canadien d'immunization*, 4e éd. Ottawa (Ont): Santé Canada, 1993. (Approvisionnements et Services Canada, nº de cat. H49-8/1993F.)
3. Duclos P. *Evaluation of immunization coverage in the adult population of Canada*. Can J Infect Dis 1994;5:227-31.
4. Duclos P, Hatcher J. *Epidemiology of influenza vaccination in Canada*. Can J Public Health 1993;84:311-15.
5. Smith S. *When was your last tetanus shot? An audit of adult tetanus immunity*. Can Fam Physician 1989;35:777-79.

Source : *Dr P Duclos, Dr H Arruda, Dr J-C Dessau, Dr R Dion, Dr M Dupont, Dr C Gaulin, Dr J-L Grenier, Dr M Savard, Dr G Trudeau, Dr M Douville-Fradet, Dr D Beauséjour, Dr A Bergeron, Dr J-P Bergeron, M Castonguay, Infirmière, Dr P Clermont, Infirmière, Dr J Cloutier, Dr L Côté, Dr E Czyziw, Dr M Dubuc, M-A D'Halewyn, MSc, Dr A Fortin, Dr M Frigon, M Gélinas, Microbiologiste, Dr I Kirouac, Dr M Landry, Dr R Lattier, Dr E Levac, Dr S Palmieri, L Paré, Infirmière, Dr J-F Proulx, Dr S Provost, D Ramsay, Microbiologiste, H Rodrigue, Infirmière, Dr R Veillette, Dr S Venne; session intensive en épidémiologie, CEPIQ, Mont Sainte-Anne (Québec).*

ENQUÊTE SUR L'IMMUNISATION DES ADULTES — OTTAWA, 1996

Le taux de réponses de près de 62 % obtenu dans le cadre de l'enquête sur l'immunisation menée par le Centre d'épidémiologie d'intervention du Québec (CEPIQ) est excellent en regard du délai limité dont on disposait, soit une journée. Si l'on exclut les 108 ménages qui ne répondaient pas aux critères de l'étude, on obtient un taux de réponses encore meilleur, soit 65 %. Comme on s'y attendait avant le début de l'enquête, les personnes âgées et les femmes étaient sur-représentées dans l'échantillon, ce qui n'a pas posé de problème; en effet, l'immunisation des personnes âgées contre la grippe et le tétanos était un aspect auquel on s'intéressait particulièrement et, de plus, on disposait de données pour pondérer les résultats selon l'âge et le sexe.

Une étude parallèle a été effectuée par les participants du Programme de formation en épidémiologie d'intervention du Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), qui a eu lieu au mois de juillet 1996. Comme dans le cas du cours du CEPIQ, les étudiants se sont chargés de tous les aspects de l'enquête, sous la supervision d'une équipe d'instructeurs; les objectifs de l'étude avaient été fixés par le service de santé de la Municipalité régionale d'Ottawa-Carleton. Pour respecter les objectifs d'apprentissage, les étudiants n'avaient pas accès au questionnaire du Québec; cependant, les instruments d'enquête qu'ils ont mis au point ressemblaient à ceux de l'étude québécoise.

Pour cette enquête, on s'est servi d'une sélection aléatoire de numéros de téléphone inscrits qui avaient été triés au préalable de façon à exclure les numéros en dehors de la région d'Ottawa-Carleton. Nous avons effectué 878 appels entre 14 h et 21 h un jour de semaine, ainsi qu'un petit nombre d'appels de suivi le lendemain. Le taux de réponses était moins élevé que celui de l'autre enquête, soit 45 % des numéros composés. Ce fait peut être attribuable au moment choisi (juillet) et à la courte durée de la période réservée aux appels; ainsi, 36 % des ménages n'ont pu être rejoints, par rapport à 22 % lors de l'enquête du CEPIQ.

De façon générale, le taux de couverture vaccinale était plus élevé dans l'enquête d'Ottawa, ce qui peut s'expliquer par la plus grande homogénéité de la population urbaine desservie par ce grand service de santé à vocation d'enseignement. Les estimations pondérées de la couverture étaient de 50 % pour le tétanos, de 60 % chez les personnes pour qui le vaccin antigrippal est recommandé (≥ 65 ans ou certaines affections chroniques) et de 8 % chez les personnes pour qui le vaccin antipneumococcique est recommandé. Comme dans l'enquête du Québec, on a constaté que les occasions manquées de vaccination étaient fréquentes : 83 % des 94 personnes qui n'avaient pas reçu l'anatoxine tétanique au cours des 10 dernières années ont déclaré avoir consulté leur médecin durant la dernière année; la même constatation s'applique aux 35 % des 89 candidats au vaccin contre la grippe qui n'ont pas été immunisés au cours de l'année précédente.

Ces brèves enquêtes téléphoniques comportent des limites : périodes d'appel très courtes, incapacité de confirmer le statut vaccinal et confusion des répondants au sujet de la composition réelle de certains vaccins. Par hasard, l'enquête d'Ottawa a été réalisée le jour même où le ministère de la Santé de l'Ontario a annoncé son programme de vaccination contre le pneumocoque. Quelques heures seulement après l'annonce, certains répondants ont mentionné ce programme provincial. Si l'on disposait de plus de temps pour normaliser les résultats du questionnaire, de telles enquêtes pourraient fournir aux autorités sanitaires provinciales ou locales de l'information utile sur la couverture vaccinale avant, pendant et après les campagnes de vaccination.

Source : *Dr J Hockin, Dr D Buckeridge, Dr C Craig, DMV, Dr S Deeks, Dr M Finkelstein, Dr M Fyfe, S Isaacs, MSc, Dr M Maher, Dr A McCarthy, S Onno, MSc, P Powell, MSc, Dr V Roth, Dr Y Stvji, Dr R Slinger; programme de formation en épidémiologie d'intervention, LLCM, Ottawa (Ontario).*

BOTULISME AU CANADA — RÉSUMÉ POUR 1995

Sept éclosions de botulisme alimentaire, ayant touché 13 cas mais n'ayant entraîné aucun décès, ont été confirmées en 1995 (tableau 1). Des aliments inuit traditionnels fermentés ont été mis en cause dans cinq de ces incidents. Quatre des sept éclosions sont survenues dans la région de Nunavik au Québec; au cours des 5 dernières années, 10 éclosions de botulisme, toutes dues à des souches de type E, ont été recensées dans cette région. Dans la plupart des cas, différents types de produits de phoque ont été incriminés.

Quatre autres éclosions possibles d'intoxication alimentaire ont été étudiées, mais aucune association avec *Clostridium botulinum* n'a pu être établie. Vingt-quatre cas de syndrome de mort subite du nourrisson ont fait l'objet d'une enquête, et dans un cas, on a isolé *C. botulinum*.

Tableau 1
Botulisme alimentaire au Canada, 1995

Incident	Mois	Lieu	Aliment suspect	Total cas	Décès	Toxine type	Échantillon avec *C. botulinum* viable	Échantillons avec neurotoxine botulique
1	Janvier	Tuktoyuktuk, T.N.-O.	muktuk	1	0	E	non testés	muktuk
2	Juillet	Kangiqsualujjuaq, Québec	miseraq	1	0	E	miseraq	aucun
3	Août	Kuujjuaq, Québec	phoque	2	0	E	phoque, selles, liquide gastrique	phoque, sérum, selles
4	Août	Tasiujaq, Québec	morse	5	0	E	morse, selles, liquide gastrique	morse, sérum, selles
5	Août	Sherbrooke, Québec	pâté	2	0	B	pâté, selles	aucun
6	Septembre	Whitehorse, Yukon	poisson mariné et fumé	1	0	E	selles	sérum, selles
7	Septembre	Kuujjuaq, Québec	viande de phoque	1	0	E	viande de phoque	viande de phoque

Un cas de botulisme infantile, chez une enfant de 8 semaines, a été signalé en avril 1995. Du miel contenant de 0,2 à 2,0 spores/g est à l'origine de l'incident. *C. botulinum* de type A a été isolé dans les selles du bébé ainsi que dans le miel.

Remerciements

Nous tenons à remercier les personnes suivantes pour leur aide et leur coopération : M^me^ E. Ashton, Department of Medical Microbiology and Infectious Diseases, Provincial Laboratory of Public Health, Edmonton (Alberta); D^r^ J-F. Proulx, coordonnateur, Maladies infectieuses, Département de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, Kuujjuaq (Québec); D^r^ H. Robinson, Direction générale des services médicaux, Santé Canada, Whitehorse (Yukon); D^r^ L. Dion, Centre Hospitalier Hôtel-Dieu de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec).

Source : *J Austin, PhD, Service de référence pour le botulisme au Canada, Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada, Ottawa (Ontario).*

SERVICE DE RÉFÉRENCE POUR LE BOTULISME AU CANADA

Le Service de référence pour le botulisme (SRB) au Canada a été créé en 1974 au sein de la Direction générale de la protection de la santé à Ottawa; ses objectifs sont les suivants :

- aider les médecins et les ministères provinciaux de la Santé lorsque se présentent des cas suspects de botulisme;
- examiner les aliments et les échantillons cliniques suspects qui ont été soumis pour analyse;
- alerter rapidement les organismes responsables lorsque des denrées commerciales sont mises en cause;
- conserver des cultures de référence de *Clostridium botulinum*; et
- assurer la liaison avec les centres au Canada et à l'étranger dont les intérêts et les responsabilités sont similaires.

Le botulisme est une forme de neuroparalysie qui peut être mortelle; au Canada, le taux de mortalité attribuable à cette maladie s'élève à environ 14 %. La plupart des éclosions d'intoxication alimentaire au Canada sont dues à des aliments préparés à la maison, en particulier des aliments inuits fermentés, ainsi que produits de la mer mal conservés. Toutefois, certains aliments préparés industriellement ont déjà été incriminés. Au nombre des symptômes de botulisme alimentaire figurent une blépharoptose, des troubles visuels, des vomissements et une diarrhée, une sécheresse de la bouche et des maux de gorge suivis par une paralysie flasque symétrique descendante chez une personne alerte et afébrile. Des symptômes similaires sont associés au botulisme par blessure souillée, mais dans ce dernier cas, il n'y a pas de vomissements. Le symptôme le plus précoce et le plus fréquemment observé de botulisme infantile est la constipation suivie d'une léthargie, d'une difficulté à s'alimenter, d'une blépharoptose, d'une dysphagie, d'une hypotonie et d'une faiblesse généralisée («poupée de son»). Dans les cas de botulisme alimentaire ou par blessure, il convient d'administrer le plus tôt possible l'antitoxine spécifique. Il est essentiel que le patient ait accès à des services d'assistance ventilatoire, peu importe le type de botulisme.

Lorsqu'on soupçonne qu'une personne est atteinte de botulisme, il faut communiquer immédiatement, quelle que soit l'heure, avec un membre du SRB. Tout diagnostic éventuel de botulisme devrait être confirmé par l'anamnèse, et l'on devrait planifier le transport des échantillons cliniques et des échantillons d'aliments suspects jusqu'à Ottawa pour qu'ils y soient analysés. On peut prendre comme échantillons d'aliments des restes de table ou des contenants non ouverts. Lorsque des denrées commerciales sont incriminées, il importe de récupérer l'étiquette, le numéro de lot du

fabricant, les codes inscrits en relief sur la boîte ou l'emballage, etc. Différents échantillons cliniques se prêtent aux analyses, notamment les échantillons de selles (environ 10 g) ou les liquides de lavement, le contenu gastrique (ajuster le pH à environ 6,0 avec NaOH 1N, si possible) et le sérum (provenant de 20 mL de sang prélevés **AVANT** l'administration de l'antitoxine). Pour tout cas suspect de botulisme infantile, il est essentiel de pouvoir analyser les selles du nourrisson. Au besoin, on pourra examiner les parties souillées des couches.

Par mesure de sécurité, les échantillons doivent être placés dans un récipient primaire étanche, puis dans un récipient secondaire étanche, et il doit y avoir suffisamment de matériel absorbant entre les deux contenants pour absorber tout le contenu du récipient primaire en cas de fuite. Pour conserver le matériel durant l'expédition, il est préférable de le réfrigérer plutôt que de le congeler, c'est-à-dire de placer des sacs réfrigérants dans le colis. Lorsqu'il s'agit de cas urgents, les colis sont ramassés immédiatement dès leur arrivée.

Pour obtenir des services de laboratoire ou une consultation médicale, on peut communiquer par téléphone avec les personnes figurant sur la liste ci-dessous. Il est possible d'obtenir directement des antisérums des Laboratoires Connaught.

Services de laboratoires

J. Austin, PhD, président [bureau (613) 957-0902, maison (613) 841-7621]; E. Todd, PhD, vice-président [bureau (613) 957-0887, maison (613) 225-4316]; B. Blanchfield, analyste [bureau (613) 957-0885, maison (613) 225-4969]. Direction générale de la protection de la Santé, Santé Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0L2, indice de l'adresse 2204A2.

Consultation en épidémiologie

D[r] J. Hockin, chef [bureau (613) 957-1764], Division de l'épidémiologie d'intervention, Bureau des maladies transmissibles, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, Ottawa (Ontario), K1A 0L2, indice de l'adresse 0602B.

Fournisseur d'antisérums

Laboratoires Connaught Ltée., 1755 Steeles Avenue West, Willowdale (Ontario) M2R 3T4, (416) 677-2701.

Source : *J Austin, PhD, Service de référence pour le botulisme au Canada, K Dodds, Bureau des dangers microbiens, Direction des aliments, Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada, Ottawa (Ontario).*

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques : D[r] John Spika (613) 957-4243
D[r] Fraser Ashton (613) 957-1329
Rédactrice en chef : Eleanor Paulson (613) 957-1788
Rédactrice adjointe : Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Éditique : Joanne Regnier

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Agent des abonnements
Association médicale canadienne
B.P. 8650
Ottawa (Canada) K1G 0G8
N° de téléphone : (613) 731-8610, poste 2028
Télécopieur : (613) 523-0937

Prix par année : 75 $ + TPS au Canada; 97,50 $ US à l'étranger.
© Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social 1996

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à http://hpb1.hwc.ca:8300 ou à l'aide de Gopher, à hpb1.hwc.ca port 7300.